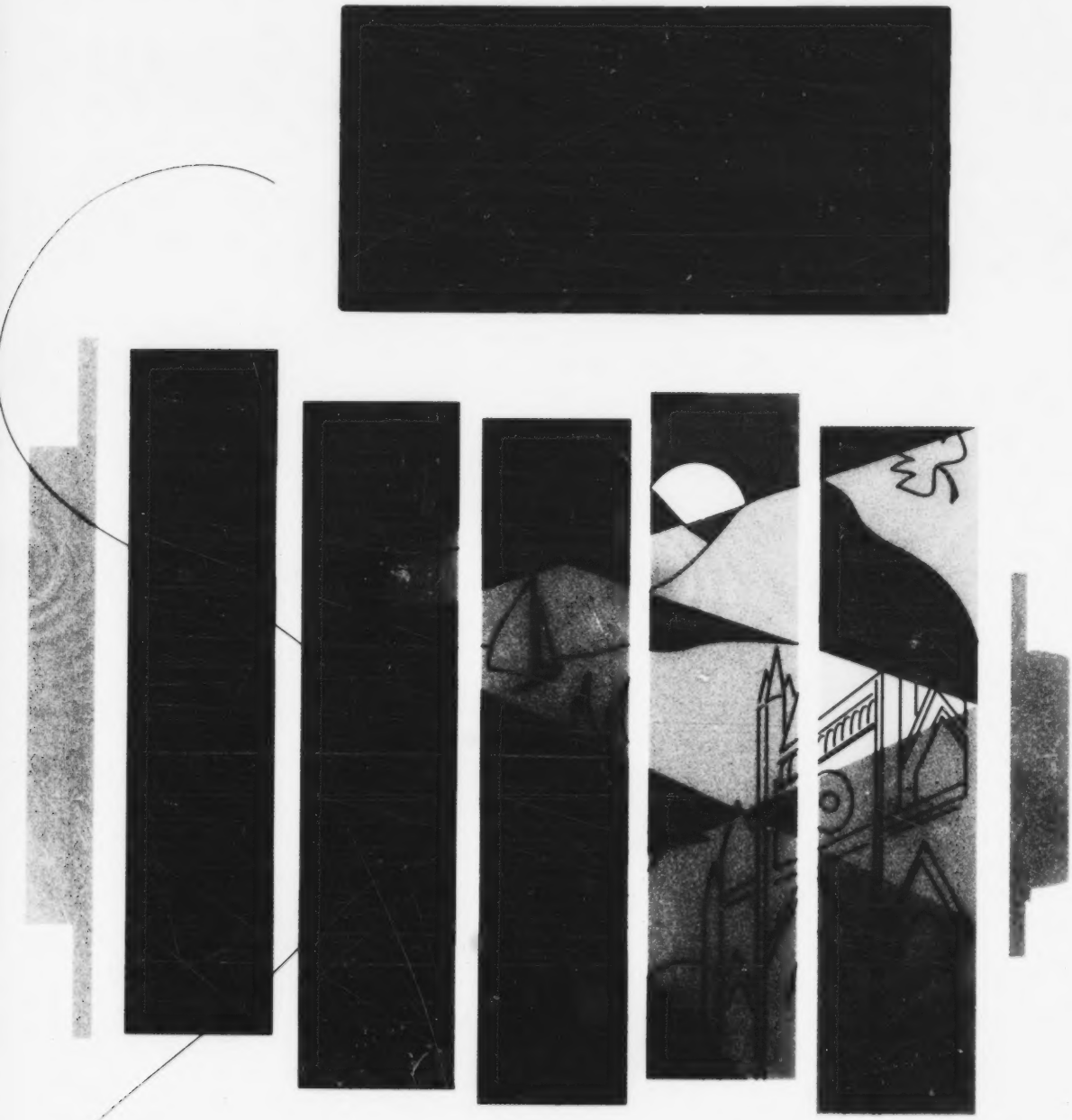
Correctional Service Canada
Service correctionnel Canada

Research Branch
Direction de la recherche

Corporate Development
Développement organisationnel



Canada

103-00867

Research Report

The Utility of Clinical and Actuarial Risk Assessments for Offenders in Pre-Release Psychiatric Decision-Making

This report is also available in French. Should additional copies be required they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave., West, Ottawa, Ontario, K1A 0P9.

2000 N° R-95

The Utility of Clinical and Actuarial Risk Assessments for Offenders in Pre-Release Psychiatric Decision-Making

Ralph C. Serin and Donna L. Mailloux

Research Branch,
Correctional Service of Canada

Steve Hucker

McMaster University

December, 2000

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank the psychiatrists at the Clarke Institute of Psychiatry who partnered the assessments and facilitated our access to the data. Appreciation is also extended to Mark Nafekh who provided us with the follow-up data.

EXECUTIVE SUMMARY

During 1989 and 1990, pre-release psychiatric assessments of 260 violent offenders were completed. Having been at risk for recidivism for up to 7 or 8 years, this study investigated three outcomes: 1) recidivism by type of outcome (violent versus non-violent); 2) recidivism by type of release (parole versus statutory release); and 3) the unique and additive effects of clinical and actuarial risk assessment strategies in predicting recidivism. Overall, 55.1% of the sample recidivated of which 32.7% were for "first violent" offences such as assault, weapons, robbery and threats. The rate of violent recidivism doubled when violence was examined at any point within the follow-up period ("ever violent"; 66.4%). Those who were on statutory release recidivated generally and ever violently more often than those released on parole. Moreover, survival analysis demonstrated that those on statutory release recidivated sooner for overall, first violent, and ever violent measures of recidivism. The additive effects of clinical and actuarial measures was partially supported. These results highlight the importance of clinical judgements but also demonstrate that these judgements should not supercede fully validated risk assessment instruments.

TABLE OF CONTENTS

ACKNOWLEDGEMENTS ii
EXECUTIVE SUMMARY iii
TABLE OF CONTENTS iv
LIST OF TABLES v
LIST OF FIGURES v
INTRODUCTION 1
METHOD 3
Participants 3
Measures 3
Overall Risk Appraisal *3*
Composite Clinical Score *4*
Actuarial Scales *4*
Outcome Data *5*
Procedure 6
RESULTS 7
Recidivism by Type of Outcome 7
Recidivism by Type of Release 7
Clinical Risk Assessment 11
Actuarial Risk Assessment 13
Intercorrelations 13
Predicting Recidivism 14
DISCUSSION 16
REFERENCES 18

LIST OF TABLES

Table 1: Type of Recidivism by Type of Release 8

Table 2: Correlation Matrix of Clinical and Actuarial Items with Recidivism 12

Table 3: Intercorrelations Amongst the Actuarial and Clinical Scales 14

LIST OF FIGURES

Figure 1: Time to 'Overall Recidivism' by Type of Release 9

Figure 2: Time to 'First Violent' Recidivism by Type of Release 10

Figure 3: Time to 'Ever Violent' Recidivism by Type of Release 11

INTRODUCTION

The accurate prediction of violent recidivism remains a somewhat elusive concept – one that relies on the ability of mental health professionals to integrate clinical judgements of risk with statistical estimates obtained from actuarial risk assessment instruments (Serin, 1995). An important consideration is the risk a particular individual poses to re-offend generally and violently. Consequently, law in Canada requires that offenders convicted of a Schedule I offence (violent or sexual) must undergo a risk assessment prior to hearings for discretionary release. Courts, parole boards, and correctional personnel depend on this information to assist in decisions at key points in the criminal justice process. Due to the impact of these decisions on the offender and society in general, it is imperative that the assessments be reliable and valid. As such, the predictive validity of risk assessment instruments and clinical protocols has generated considerable interest.

Overall, clinical predictions of risk have been consistently weak (Menzies, Webster, & Sepejak, 1985; Pollock, McBain, & Webster, 1989). For instance, concordance among disciplines (psychiatrists, social workers, psychologists, correctional officers, and nurses) in their opinions regarding risk is insubstantial (Sepejak, Menzies, Webster, & Jensen, 1983). Moreover, clinicians' predictions of violence were similar to predictions made by those who code the data (Menzies, Webster, McMain, Staley, & Scaglione, 1994).

Actuarial instruments have demonstrated relatively good predictive power for both general and violent recidivism. The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991) correctly classifies 77% of violent men offenders (Harris, Rice, & Cormier, 1991) and is equally efficient at predicting violence among individuals with psychiatric disorders, such as schizophrenia (Rice & Harris, 1992). The Statistical Information on Recidivism scale (SIR; Nuffield, 1982), has demonstrated similarly good predictive power for general recidivism

(Bonta, Harman, Hann, & Cormier, 1996) but somewhat less robust in predicting violent recidivism (Bonta & Hanson, 1995; Serin, 1996).

Predicting the risk an offender poses to recidivate may be enhanced by combining the outcomes from actuarial risk assessments with clinical judgements (Serin, 1995). At the discretion of the clinician, the Violence Prediction Scheme (Webster, Harris, Rice, Cormier, & Quinsey, 1994) for instance, has embedded within it the option of modifying the actuarial results by 10% in either direction.

The purpose of this research was two fold: to determine the outcome of the release decisions among violent offenders and to compare the efficacy of clinical and actuarial assessments in predicting general and violent recidivism. This study is unique in several aspects. First, the clinicians were forensic psychiatrists with extensive experience working with offenders. Second, their contact with the offenders was for risk assessment. Third, they performed comprehensive assessments involving detailed case file information, actuarial scales, and semi-structured interviews. Fourth, the assessments were part of operational practice with none of the promises of confidentiality inherent in research. Finally, all of the offenders referred for assessment were deemed potentially dangerous because of a violent index offence. As such, the sample should yield a high base rate of violent recidivism relative to a random sample of released offenders.

During 1989 and 1990, pre-release psychiatric assessments of 260 offenders were completed. As of December 1997, this sample had been at risk for recidivism for up to 7 or 8 years. This study investigated three outcomes: recidivism by type of outcome (violent versus non-violent); recidivism by type of release (parole versus statutory release); and the unique and additive effects of clinical and actuarial risk assessment strategies in predicting recidivism. It was hypothesized that those released on parole would have lower recidivism rates and reoffend less seriously than those on statutory release. Furthermore, actuarial instruments were hypothesized to surpass clinical judgements in their utility for the prediction of recidivism.

METHOD

Psychiatric assessments were completed by psychiatrists at the Clarke Institute of Psychiatry in Toronto, Ontario. All Schedule I offenders presenting for pre-parole review during 1989 and 1990 were included in the present research. The purpose of the assessment was to evaluate the offenders' current emotional stability, the risk they posed to re-offend, and to make recommendations on how to minimize or manage that risk. Risk was determined using three methods: (1) an overall risk appraisal rating that reflected the psychiatrists' clinical perception of risk, (2) a composite clinical score consisting of numerous clinical indicators, and (3) two actuarial risk assessment instruments.

Participants

This study consisted of 260 violent men offenders incarcerated in the Ontario region during 1989 and 1990 and who were referred to the Clarke Institute of Psychiatry for a pre-parole assessment. The index offences ranged from assault to murder. The majority of the sample was single (61.8%). The racial composition was 83.3% Caucasian, 8.2% Black, 6.0% Aboriginal, and 1.3% Oriental.

Measures

Overall Risk Appraisal

The psychiatrists rated the offender on a scale from 0 to 5 reflecting the individuals' probability of re-offending upon release. The scores were interpreted as follows: 0 reflected "no risk to the community"; 1 reflected a "minimal risk to the community"; 2 reflected "no psychiatric contraindication to gradual release as planned"; 3 reflected "management in the community is minimal and likely difficult"; 4 reflected "no optimism regarding his ability to remain crime free"; and 5 reflected "extreme concern about his risk for future violence".

Composite Clinical Score

Nine items thought to predominantly reflect clinical impressions were selected from a list of variables coded from the psychiatrists' clinical files. The presence or absence of these items was coded on a 2-point scale where 0 reflected the absence and 1 the presence of the item. The scores on these items were summed to provide an overall composite clinical score. A higher score on this scale reflects a higher risk. The items are as follows:

1. overall psychopathology in the institution (excellent, poor)
2. overall attitude in the institution (excellent, poor)
3. recent attitude (improving, deteriorating)
4. thought to be preoccupied with weapons, martial arts, or violent media (yes/no)
5. pro-criminal thoughts or attitudes noted (yes/no)
6. lack of insight noted (yes/no)
7. empathy or remorse expressed (yes/no)
8. thought to display antisocial personality disorder (yes/no)
9. other professional opinion (positive, negative)

Actuarial Scales

The SIR (Nuffield, 1982) is a 15-item actuarial scale based on static risk factors used to assess risk of re-offending. Total scores range from –27 to +30 with lower scores reflecting a higher risk of recidivism. The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991) measures the degree to which an individual displays the prototypical characteristics of a psychopath, as described by Cleckley (1941). The PCL-R is a 20-item scale consisting of two factors, one representing an antisocial and irresponsible lifestyle and the other representing an affective and interpersonal style. Normally, the PCL-R is completed following

a file review and semi-structured interview. However, following training on the PCL-R, the clinicians performed a clinical judgement regarding the degree to which they thought these individuals displayed psychopathic characteristics (referred to as the PCL-estimate), rather than using the fully validated version of the PCL-R. Each offender was rated by the psychiatrists on a 7-point scale ranging from 0 (no psychopathy noted) to 6 (definite psychopathy noted).

Outcome Data

Recidivism in this study was assessed in 3 ways:

1. "overall recidivism: refers to either violent or nonviolent;
2. "first violent" refers to the first re-offence being violent in nature; and
3. "ever violent" refers to ever being convicted for a violent offence during the follow-up period.

For the purpose of this study, violence was defined as any conviction that involved harm, or the potential for harm, to another individual including robbery. In order to determine whether this sample of violent offenders acted violently at some point in the follow-up period (rather than just the first offence being violent) any conviction for a violent act was coded as 'ever violent'. Although this variable does not take into consideration time spent incarcerated for other convictions, it does provide a rough estimate of whether the offender eventually recommits a violent act. The primary source of the outcome data was obtained from the Fingerprint Service of the Royal Canadian Mounted Police (RCMP). The Offender Management System (OMS) at Correctional Service of Canada was consulted if clarification regarding type of release was required.

Procedure

The Fingerprint Serial number (FPS) was obtained from the Clarke Institute of Psychiatry. These numbers were matched with the RCMP and the OMS databases in order to obtain information regarding release decisions and reconvictions. Any event for which the offender was reincarcerated (including technical violations) was coded as a failure and the time (in months) from release to the occurrence of this event was calculated. This failure was then determined to be either violent or non-violent.

RESULTS

Recidivism by Type of Outcome

Of the 260 offenders included in this study, 27 FPS numbers were unidentifiable, 94 were released on some form of parole, 110 were released at the statutory date, 1 was detained until warrant expiry, and 28 remained detained at the time of this follow-up. Of the 205 offenders at risk of recidivating, 55.1% (n = 113) recidivated and 44.9% did not recidivate (n = 92). Overall, 32.7% of those who recidivated (n = 37) committed a violent offence as their first re-offence consisting primarily of assault (51.4%), possession of weapons (18.9%), robbery (13.5%), and threats (8.1%). The incidence of violence doubles (66.4%) when recidivism is measured as "ever violent" of which most were assaults (53.3%), robbery (18.7%), or possession of weapons (10.7%).

Recidivism by Type of Release

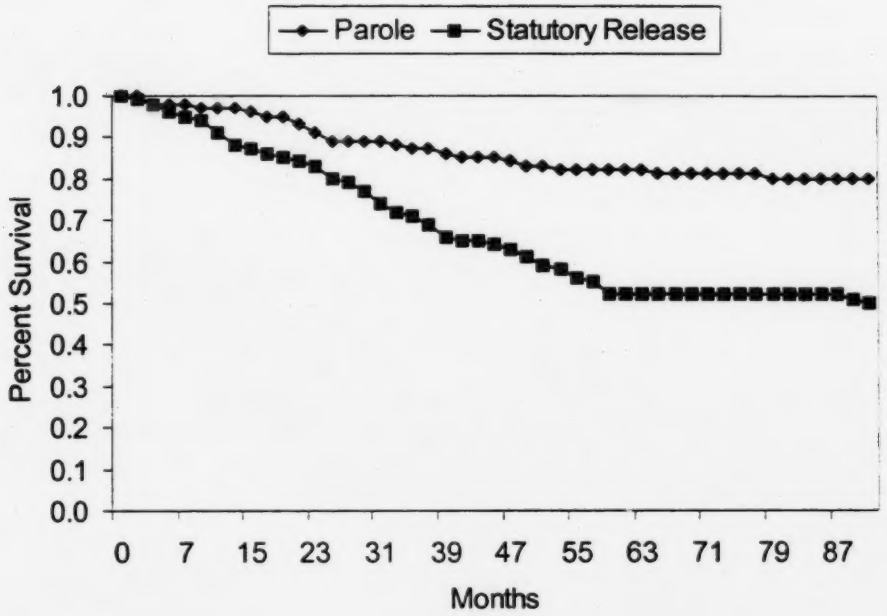
Referring to Table 1, those released on parole recidivated significantly less often than those on statutory release (χ^2 = 17.00, p < .001). Although those on statutory release did not commit more violent offences on their first re-offence (χ^2 = .15, *ns*) they did commit significantly more violent offences ever in their release history (χ^2 = 5.34, p < .05).

Table 1. Type of Recidivism by Type of Release

	Recidivism	
	Yes	No
Overall	112	92
Parole	37 (18.14%)	57 (27.94%)
Statutory Release	75 (36.76%)	35 (17.16%)
First Violent	36	76
Parole	11 (9.82%)	26 (23.21%)
Statutory Release	25 (22.32%)	50 (44.64%)
Ever Violent	74	38
Parole	19 (19.96%)	18 (16.07%)
Statutory Release	55 (49.11%)	20 (17.86%)

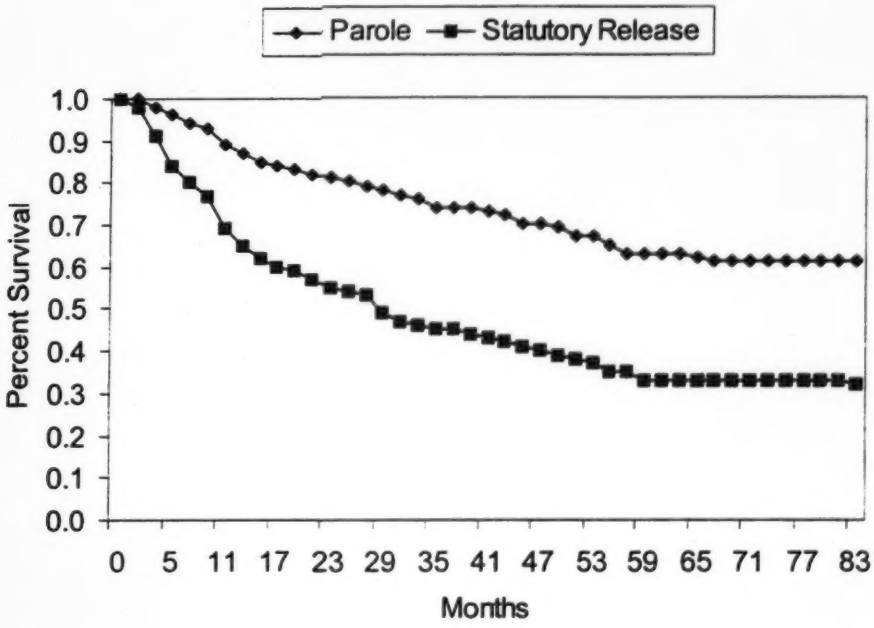
To determine whether those on statutory release differed from those on parole in terms of their rate of recidivism, a survival analysis was performed. This statistical technique was used to determine the average time spent in the community prior to recidivating given certain predictor variables and controlling for unequal time to fail. The Kaplan-Meier method was used to obtain the survival curves and the log rank statistic was used to test difference between the curves. In this analysis three survival curves were performed.

Figure 1. Time to "Overall Recidivism" by Type of Release



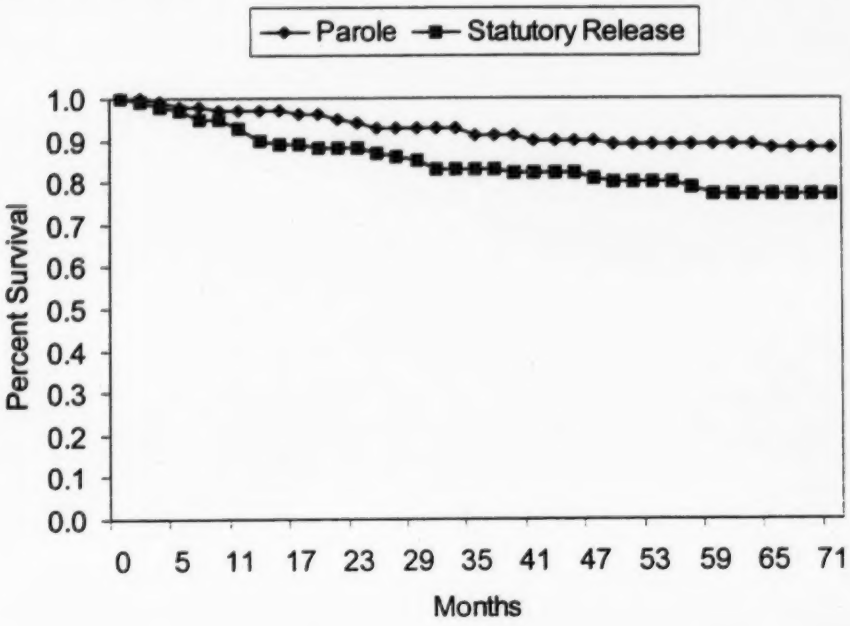
Referring to Figure 1, those on statutory release were less successful than those on parole for "overall recidivism" ($\chi^2 = 20.07$, $p < .0001$). The mean survival time in months was 51 ($SE = 2$) for those on parole and 40 ($SE = 3$) for those on statutory release.

Figure 2. Time to "First Violent" Recidivism by Type of Release



Although the groups did not differ according to the number of offenders who's first recidivism was violent ("first violent"), they did differ according to their time to recidivate. Those on statutory release had a first reoffence of a violent nature sooner than those on parole ($\chi^2 = 4.23$, $p < .05$; see Figure 2). The mean survival time for those on parole was 61 ($SE = 2$) and for those on statutory release was 51 ($SE = 2$).

Figure 3. Time to "Ever Violent" Recidivism by Type of Release



A similar pattern existed when violent behavior at some point after release was the outcome measure ("ever violent"). Those on statutory release recidivated sooner than those on parole ($\chi^2 = 18.80$, $p < .0001$; see Figure 3), with the mean survival time for those on parole ($M = 69$; $SE = 2$) higher than on statutory release ($M = 62$; $SE = 3$).

Clinical Risk Assessment

The clinical items listed in Table 2 were independently correlated with the outcome measures. While very few were correlated with overall recidivism, none of them correlated with violent recidivism (both "first" and "ever"). The composite clinical score was calculated by summing the clinical items. The mean composite clinical score was 3.88 ($SD = 1.21$). While this score was correlated with "overall

recidivism" (r = .24), it was uncorrelated with "first violent" (r = -.06) or "ever violent" (r = .13) recidivism.

In order to strengthen the clinical relation with the outcome measures, a revised composite clinical score was developed using only the items that significantly correlated with the outcome measure (APD, recent attitude, and other professional opinion). The mean score on this revised measure was 1.89 with a standard deviation of .83. Although this revision strengthened the relation with overall recidivism (r = .29) it had no effect on the relation with violent recidivism.

Table 2. Correlation Matrix of Clinical and Actuarial Items with Recidivism

	Overall Recidivism	1st Recidivism Violent	Ever Violent
Clinical Items:			
Overall psychopathology	.02	-.01	.17
Overall attitude	.06	-.06	.01
Recent attitude	.18*	.00	.01
Preoccupation	-.05	-.03	.03
Criminal thoughts	.11	-.11	-.11
No insight	-.06	-.10	.11
Remorse	.10	-.05	.05
APD	.24**	.06	.05
Other professional opinion	.14*	.01	.08
Composite clinical score	.24**	-.06	.13
Composite -revised	.29**	.05	.09
Risk statement	.07	.00	.08
Actuarial:			
SIR	-.36**	.08	-.11
PCL - estimate	.14*	-.01	.16

* $p < .05$, ** $p < .001$

The clinicians' global rating of risk was correlated with the outcome measures to determine whether their impressions were accurate. The mean risk statement score was 2.41 (*SD* = 1.96) and was unrelated to any of the outcome measures. Based on this global rating of risk, the clinicians' were not accurate in predicting outcome.

Actuarial Risk Assessment

The mean SIR score for this sample was 0.13 (*SD* = 9.22; range of scores from -22 to 25). The SIR was significantly correlated with 'overall recidivism' (*r* = -0.36; see Table 2), however it was unrelated to both measures of violent recidivism.

It is worth noting that the liberal method of measuring violent recidivism ("ever violent") did shift the relation with the SIR in the expected direction (from 0.08 to -0.11).

The mean PCL-estimate was 3.11 with a standard deviation of 1.00 (range of scores from 0 to 6)[1]. The PCL-estimate correlated significantly with overall recidivism (*r* = 0.14) but was unrelated to both measures of violent recidivism. Therefore, the actuarial assessments, similar to the composite clinical score, were related to overall recidivism but not violent recidivism.

Intercorrelations

In order to determine whether the actuarial and the clinical assessments were independent, the scales were inter-correlated. Referring to Table 3, with the exception of the relation between the composite-revised and both the PCL-estimate and risk statement, all measures of risk were highly intercorrelated.

[1] Clinicians rated 2 out of the 260 offenders as high in psychopathic characteristics.

This suggests that the measures are somewhat consistent with each other but not independent pieces of information. This is in fact expected since specific items (e.g., lack of remorse, lack of insight) might contribute to more than one of the measures. The reduced intercorrelation with the use of the revised-composite score suggests that it may be better able to predict outcome when combined with other risk measures.

Table 3. Intercorrelations Amongst the Actuarial and Clinical Scales

	SIR	PCL-estimate	Risk statement	Composite
SIR	1.00			
PCL-estimate	-.37**	1.00		
Risk statement	-.30**	.15*	1.00	
Composite	-.43**	.29**	.33**	1.00
Composite-revised	-.26**	.13	.13	.62**

* $p < .05$, ** $p < .0001$

Predicting Recidivism

The risk measures that demonstrated some independence were entered into a logistic regression to determine their independent and additive ability in predicting "overall recidivism". This procedure was not followed for predicting violent recidivism since the predictors were unrelated to those outcome measures. Thus, the following variables were entered: risk statement, revised composite clinical score, SIR, and the PCL-estimate.

To assess the ability of the clinical predictors on their own (risk statement and composite-revised) to predict overall recidivism, a forward logistic regression was performed. The revised composite clinical score was the only variable to significantly predict overall recidivism ($\chi^2 = 19.39$, $p < .0001$) with an odds ratio of 2.27. The ability of the model consisting of only the revised composite clinical score to accurately predict recidivism was 53.2%.

To assess the ability of the actuarial instruments on their own (SIR and PCL–estimate) to predict overall recidivism a forward logistic regression was performed. The SIR was the only variable to significantly predict overall recidivism ($\chi^2 = 26.38$, $p < .0001$) with an odds ratio of 0.92. The ability of the model consisting of only the SIR score to predict the occurrence of recidivism was 68.3%, stronger than the revised composite clinical score on its own.

In order to determine the additive nature of the clinical and actuarial risk measures, all were entered simultaneously into a forward logistic regression. The results demonstrate that the SIR and the revised composite clinical score were significant predictors of overall recidivism. The SIR entered first ($\chi^2 = 25.67$, $p < 0.0001$) with an odds ratio of 0.93, followed by the addition of the revised composite clinical score ($\chi^2 = 11.67$, $p < 0.001$) with an odds ratio of 1.95. The accuracy of predicting recidivism using the model consisting of these two variables was 74.2%. Thus the combination of an actuarial instrument with a rough estimate of clinical impressions was more accurate in the prediction of recidivism than either on it's own.

DISCUSSION

Consistent with other literature on recidivism and type of release (Grant, 1996; Motiuk, Belcourt & Bonta, 1995; Larocque, 1998) the results of this study suggest that those who are released on parole recidivate less often and survive longer in the community both overall and violently than those on statutory release. This supports the practice of detaining higher risk individuals until statutory release and granting those of lower risk conditional release. Whether these findings are inherent in the type of release the offender is being granted or in the offender himself cannot be determined with this type of analysis. However, suffice it to say that it is likely an interaction between the type of release and some other personality/lifestyle component of the offender that determines what type of release they get and the likelihood of being successful.

Just over half of this sample of high risk and violent offenders recidivated during the course of the seven year follow-up period. One-third of the sample's first re-offence was violent while two-thirds of the sample committed another violent offence at some point durir:g the follow-up period. Clearly this sample of men are at an extremely high risk of not only recidivating but of being violent in the future.

Since clinicians are often criticized for their inability to accurately predict recidivism this study was designed to compare two ways for the clinician to determine risk. The first was to use a global assessment of risk that the clinicians rated on a scale from 0-5. This method was compared to the second method, which was to create a composite clinical score derived from several clinically-based items coded from the psychiatrists' clinical files. The results illustrated that in the prediction of overall recidivism, the revised-composite score was more effective than the global statement of risk. However, the low level of concordance suggests that this method is not highly accurate at predicting overall recidivism.

In the prediction of 'overall recidivism' the SIR outperformed the PCL-estimate. This unusual finding emphasizes a fundamental problem with the manner in which psychopathy was assessed and is supported by two counterintuitive

results. The first was a low correlation between the PCL-estimate and both general and violent recidivism. Extensive research (see Hare, 1998, for review) has consistently demonstrated that the PCL-R is strongly related to overall and violent recidivism. Second, given the high base rate of violence in this sample it is expected that a similarly high base rate for psychopathy would be noted. The clinicians, however estimated that only 2 individuals were high in psychopathic characteristics when base rates (20-30%; Hare, 1998) would project that at least 52-78 offenders would meet that criteria. The psychiatrists drastically underestimated the prevalence of psychopathy by using a short cut, resulting in reduced predictive accuracy. Thus, the results imply that clinical impressions of psychopathy should not be used as a replacement to the fully validated and standardized PCL-R assessment.

The results from the prediction analysis suggest that if either clinical or actuarial assessment had to be used in isolation, the greater accuracy of the SIR would render it the better choice. However, the results also suggest that clinical judgements can improve the prediction of overall recidivism in a meaningful way when combined with the SIR. This is supported by two findings: 1) the revised-composite clinical score entered into the forward regression following the SIR and 2) the accuracy of prediction increased by 6% over the SIR alone with a 3% reduction in discordance rates.

Understanding that the primary purpose of clinical assessments is not the accurate prediction of dangerousness (Monohan, 1996), this study set out to determine the extent to which clinical assessments can augment actuarial instruments in the prediction of risk. Although actuarial risk assessments continue to outperform clinical assessments alone, this study highlights the importance of merging the two practices to augment accuracy. Future research should address the impact of clinical judgements on the prediction of violence when compared to fully validated actuarial instruments.

REFERENCES

Bonta, J, & Hanson, R. K. (1995). *Violent recidivism of men released from prison.* Paper presented at the American Psychological Association Convention. New York, August.

Bonta, J., Harman, W. G., Hann, R. G., & Cormier, R. B. (1996). The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale. *Canadian Journal of Criminology, 38*, 61-79.

Ceckley, H. (1941). *The Mask of Sanity.* Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

Grant, B.A. (1996). *Inmates referred for Detention (1989-90 to 1993-94): A comparative analysis.* Research Report R-45, Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.

Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised.* Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice system. In T. M. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, & R. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 188-212). New York, NY: Guilford.

Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior, 15*, 625-637.

Larocque, B. (1998). Federal trends and outcomes in conditional release. *Forum on Corrections Research, 10(2),* 18-22.

Menzies, R.J., Webster, C.D., & Sepejak, D.S. (1985). The dimensions of dangerousness: Evaluating the accuracy of psychometric predictors of violence among forensic patients. *Law and Human Behavior, 9,* 35-56.

Menzies, R. J., Webster, C. D., McMain, S., Staley, S., & Scaglione, R. (1994). The dimensions of dangerousness, revisited: Assessing forensic prediction about violence. *Law and Human Behavior, 18,* 1-28.

Monohan, J. (1996). Violence prediction: The past twenty and the next twenty years. *Criminal Justice and Behavior, 23,* 107-120.

Motiuk, L.L., Belcourt, R.L., & Bonta, J. (1995): *Managing high risk offenders: A post detention follow-up.* Research Report R-39, Ottawa, ON: Correctional Service of Canada

Nuffield, J. (1982). *Parole decision making in Canada: Research towards decision guidelines.* Ottawa, ON: Ministry of Supply and Services Canada.

Pollock, N., McBain, I., & Webster, C. D. (1989). Clinical decision making and the assessment of dangerousness. In K. Howells & C. R. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to violence.* Chichester, UK: Wiley.

Rice, M. E., & Harris, G. E. (1992). A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and nonschizophrenic offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 15,* 397-412.

Serin, R. C. (1995). Treatment responsivity in criminal psychopaths. *Forum on Corrections Research, 7(3),* 23-26.

Serin, R. C. (1996). Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law and Human Behavior, 20,* 207-217.

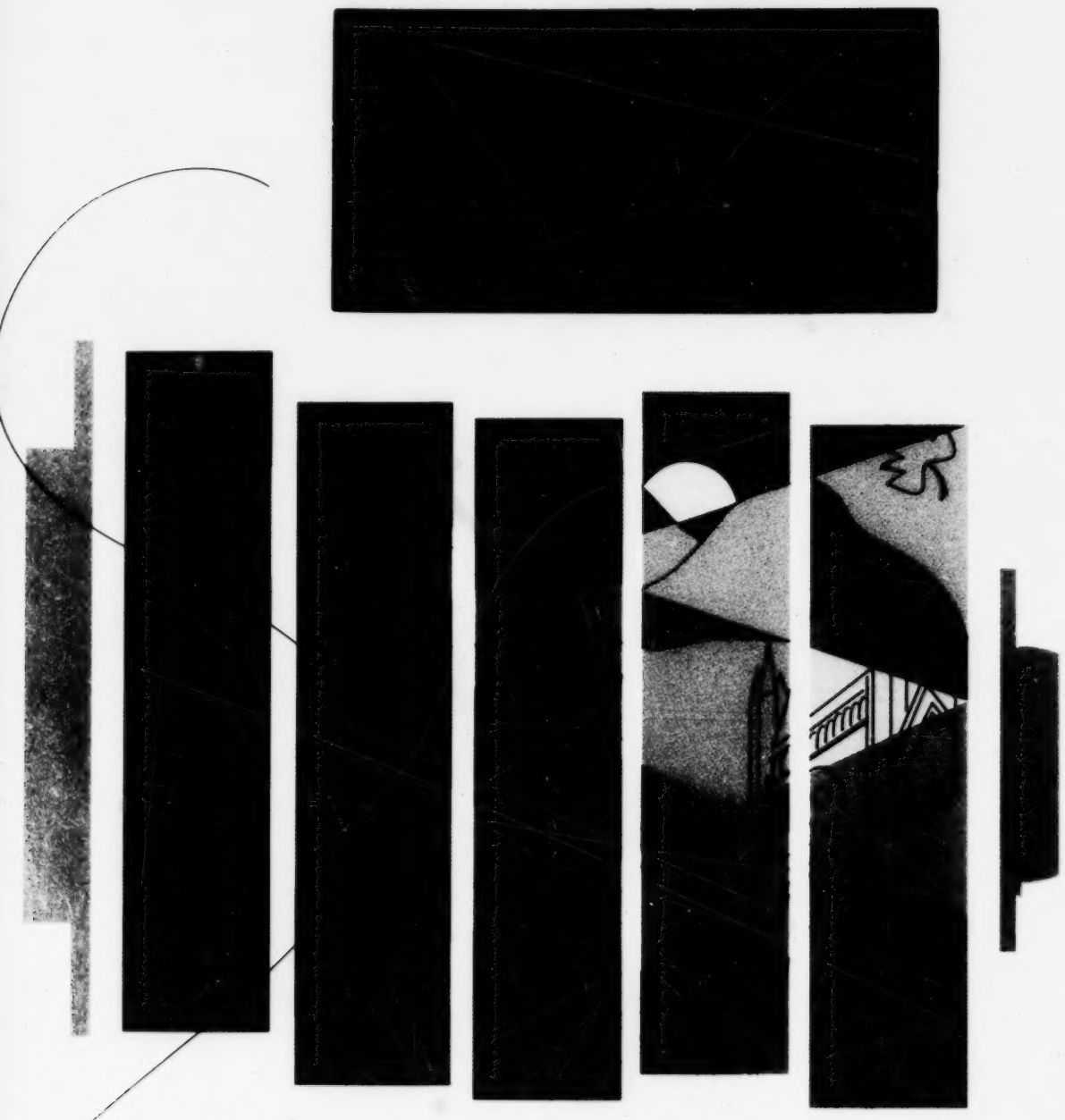
Sepejak, D. S., Menzies, R. J., Webster, C. D., & Jensen, F. A. S. (1983). Clinical predictions of dangerousness: Two-year follow-up of 408 pretrial forensic cases. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law, 11,* 171-181.

Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C., Quinsey, V. L. (1994). *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men.* Toronto, ON: Center of Criminology.

Correctional Service Canada | Service correctionnel Canada

Research Branch
Direction de la recherche

Corporate Development
Développement organisationnel



Canada

Rapport de recherche

L'utilité des évaluations cliniques et actuarielles du risque dans le cas de délinquants ayant fait l'objet d'une évaluation psychiatrique prélibératoire

Ce rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service Correctionnel du Canada, 340 avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

2000 N° R-95

L'utilité des évaluations cliniques et actuarielles du risque dans le cas de délinquants ayant fait l'objet d'une évaluation psychiatrique prélibératoire

Ralph C. Serin et Donna L. Mailloux

Direction de la recherche,
Service correctionnel du Canada

Steve Hucker

Université McMaster

Décembre 2000

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les psychiatres de l'Institut psychiatrique Clarke, qui ont participé aux évaluations et qui nous ont aidés à avoir accès aux données. Nous adressons également nos remerciements à Mark Nafekh, qui nous a fourni les données de suivi.

SOMMAIRE

En 1989 et 1990, 260 délinquants violents ont fait l'objet d'une évaluation psychiatrique prélibératoire. La présente étude a porté sur trois résultats concernant des délinquants qui avaient risqué de récidiver pendant 7 ou 8 ans : 1) la récidive selon le genre de résultat (crime de violence par rapport à d'autres infractions non violentes); 2) récidive selon le genre de mise en liberté (libération conditionnelle par rapport à mise en liberté d'office); 3) effets uniques et effets additifs des stratégies d'évaluation clinique et actuarielle du risque pour la prédiction de la récidive. Dans l'ensemble, 55,1 % des délinquants de l'échantillon ont récidivé, dont 37,2 % ont commis un «premier crime de violence» comme des voies de fait, un vol avec une arme, un vol qualifié et des menaces. Le taux de récidive violente a doublé pendant la période de suivi («autre récidive violente», 66,4 %). Les délinquants en liberté d'office ont récidivé de façon générale et avec violence plus souvent que les délinquants en liberté conditionnelle. De plus, l'analyse de survie a montré que les délinquants en liberté d'office ont récidivé plus rapidement, qu'il s'agisse de récidive générale, de première récidive ou d'autre récidive violente. Les effets additifs des mesures cliniques et actuarielles ont été partiellement corroborés. Ces résultats font ressortir l'importance des jugements cliniques, mais ils montrent également que ces jugements ne devraient pas remplacer des instruments d'évaluation du risque entièrement validés.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS II

SOMMAIRE III

TABLE DES MATIÈRES IV

LISTE DES TABLEAUX V

LISTE DES GRAPHIQUES V

INTRODUCTION 1

MÉTHODE 3

- Participants 3
- Mesures 3
  - *Évaluation globale du risque* 3
  - *Score clinique combiné* 4
  - *Échelles actuarielles* 4
  - *Données sur les résultats* 5
- Procédure 5

RÉSULTATS 6

- Récidive selon le genre de résultat 6
- Récidive selon le genre de mise en liberté 6

RÉCIDIVE GÉNÉRALE 7

PREMIÈRE RÉCIDIVE VIOLENTE 7

AUTRE RÉCIDIVE VIOLENTE 7

- Évaluation clinique du risque 10
- Évaluation actuarielle du risque 12
- Intercorrélations 12
- Prédiction de la récidive 13

ANALYSE 15

BIBLIOGRAPHIE 17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Genre de récidive selon le genre de mise en liberté 7

Tableau 2 Matrice de corrélation des éléments cliniques et actuariels avec la récidive 11

Tableau 3 Intercorrélations entre les échelles actuarielle et clinique 13

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Période écoulée avant la «récidive générale» selon le genre de mise en liberté 8

Graphique 2 Période écoulée avant la «première récidive violente» selon le genre de mise en liberté 9

Graphique 3 Période écoulée avant une «autre récidive violente» selon le genre de mise en liberté 10

INTRODUCTION

La prédiction exacte de la récidive violente demeure un concept assez vague – il s'agit d'une notion qui repose sur la capacité des professionnels de la santé mentale d'intégrer les jugements cliniques du risque aux estimations statistiques obtenues à partir d'instruments d'évaluation actuarielle du risque (Serin, 1995). Un point important à prendre en considération est le risque de récidive générale ou violente d'un individu. Par conséquent, aux termes de la loi en vigueur au Canada, les délinquants reconnus coupables d'une infraction visée à l'Annexe I (crime de violence ou infraction sexuelle) doivent faire l'objet d'une évaluation du risque qu'ils présentent avant la tenue d'audiences sur leur mise en liberté discrétionnaire. Les tribunaux, les commissions de libération conditionnelle et le personnel correctionnel ont recours à ces renseignements avant de prendre des décisions à des stades clés du processus de justice pénale. En raison de l'incidence de ces décisions sur le délinquant et la société en général, il est essentiel que les évaluations soient fiables et valides. La validité prédictive des instruments d'évaluation du risque et des protocoles cliniques suscite un vif intérêt.

Dans l'ensemble, les prédictions cliniques du risque ont constamment été faibles (Menzies, Webster & Sepejak, 1985; Pollock, McBain & Webster, 1989). Par exemple, les opinions de spécialistes de diverses disciplines (psychiatres, travailleurs sociaux, psychologues, agents de correction et personnel infirmier) au sujet du risque ne concordent pas (Sepejak, Menzies, Webster & Jensen, 1983). En outre, les prédictions des cliniciens concernant la violence étaient semblables aux prédictions faites par ceux qui ont codé les données (Menzies, Webster, McMain, Staley & Scaglione, 1994).

Les instruments actuariels ont montré qu'ils avaient une efficacité prédictive relativement bonne pour la récidive générale et la récidive violente. L'Échelle de psychopathie révisée (Échelle de Hare, 1991) classe correctement 77 % des délinquants violents (Harris, Rice & Cormier, 1991) et elle est aussi efficace pour la prédiction de la violence chez les personnes souffrant de troubles psychiques comme la schizophrénie (Rice & Harris. 1992). L'Échelle d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR; Nuffield, 1982), a montré qu'elle avait une aussi bonne efficacité prédictive pour la récidive générale (Bonta, Harman, Hann & Cormier, 1996), mais qu'elle était moins efficace pour prédire la récidive violente (Bonta & Hanson, 1995; Serin, 1996).

La combinaison des résultats des évaluations actuarielles du risque et des jugements cliniques peut aider à prédire le risque de récidive que présente un délinquant (Serin, 1995). À la discrétion du clinicien, le cadre de prédiction de la violence (Webster, Harris, Rice, Cormier & Quinsey, 1994) par exemple, comprend la possibilité de modifier de 10 % les résultats actuariels, dans un sens ou dans l'autre.

Les travaux de recherche visaient deux objectifs : déterminer le résultat des décisions de mise en liberté dans le cas des délinquants violents et comparer l'efficacité des évaluations cliniques et actuarielles pour la prédiction de la récidive générale et violente. Cette étude est unique à plusieurs égards. En premier lieu, les cliniciens étaient des psychiatres légistes ayant une vaste expérience du travail avec des délinquants. En deuxième lieu, ils sont entrés en contact avec les délinquants pour évaluer le risque que ceux-ci présentaient. En troisième lieu, ils ont procédé à des évaluations complètes comprenant des renseignements détaillés sur le dossier, des échelles actuarielles et des entrevues semi-structurées. En quatrième lieu, les évaluations faisaient partie d'activités opérationnelles qui n'étaient pas assujetties aux règles de confidentialité inhérentes à la recherche. Enfin, tous les délinquants évalués ont été jugés potentiellement dangereux parce qu'ils avaient commis un crime de violence désigné. L'échantillon devrait donc permettre d'obtenir un taux de base élevé de récidive violente par rapport à l'échantillon aléatoire de délinquants mis en liberté.

En 1989 et 1990, 260 délinquants ont fait l'objet d'une évaluation psychiatrique prélibératoire. En décembre 1997, cet échantillon avait risqué de récidiver pendant une période de 7 ou 8 ans. L'étude a porté sur trois résultats : la récidive selon le genre de résultat (crime de violence par rapport à d'autres infractions); la récidive selon le genre de mise en liberté (libération conditionnelle par rapport à mise en liberté d'office); les effets uniques et les effets additifs des stratégies d'évaluation clinique et actuarielle du risque pour la prédiction de la récidive. On a émis l'hypothèse que les délinquants en liberté conditionnelle afficheraient des taux de récidive plus faibles et commettraient des crimes moins graves que les délinquants en liberté d'office. De plus, on a supposé que les instruments actuariels étaient supérieurs aux jugements cliniques quant à leur utilité pour la prédiction de la récidive.

METHODE

Les évaluations psychiatriques ont été effectuées par les psychiatres de l'Institut psychiatrique Clarke à Toronto (Ontario). Tous les délinquants ayant commis une infraction visée à l'Annexe I qui ont demandé un examen prélibératoire en 1989 et 1990 font partie de la présente étude. L'évaluation visait à déterminer la stabilité émotionnelle actuelle des délinquants et le risque de récidive qu'ils présentaient et à formuler des recommandations sur la façon de réduire au minimum ou de gérer ce risque. Le risque a été déterminé au moyen de trois méthodes : 1) une évaluation globale du risque traduisant la perception clinique du risque aux yeux des psychiatres; 2) un score clinique combiné comprenant de nombreux indicateurs cliniques; 3) deux instruments d'évaluation actuarielle du risque.

Participants

L'étude a porté sur 260 délinquants violents incarcérés dans la région de l'Ontario en 1989 et 1990 qui ont fait l'objet d'une évaluation prélibératoire à l'Institut psychiatrique Clarke. Les infractions désignées allaient des voies de fait au meurtre. La majorité des membres de l'échantillon étaient célibataires (61,8 %). La composition raciale était la suivante : Blancs (83,3 %), Noirs (8,2 %), Autochtones (6 %) et Asiatiques (1,3 %).

Mesures

Évaluation globale du risque

Les psychiatres ont évalué les délinquants sur une échelle de 0 à 5, qui indique la probabilité qu'ils récidivent après leur mise en liberté. Les résultats ont été interprétés de la façon suivante : 0 signifiait «aucun risque pour la collectivité»; 1, «risque minime pour la collectivité»; 2, «aucune contre-indication psychiatrique à la mise en liberté progressive prévue»; 3, «gestion dans la collectivité minime et probablement difficile»; 4, «aucun optimisme concernant sa capacité de ne pas récidiver»; 5, «forte préoccupation au sujet du risque qu'il commette de nouveau un crime de violence».

Score clinique combiné

Neuf éléments considérés comme traduisant en grande partie les impressions cliniques ont été choisis à partir d'une liste de variables codées tirées des dossiers cliniques des psychiatres. La présence ou l'absence de ces éléments a été codée sur une échelle de deux points, où 0 signifiait l'absence et 1 la présence de l'élément. Les résultats pour ces éléments ont été additionnés pour permettre d'obtenir un score clinique combiné global. Un résultat élevé sur cette échelle indiquait un risque élevé. Voici les éléments :

1. psychopathologie générale dans l'établissement (excellente, piètre)
2. attitude générale dans l'établissement (excellente, piètre)
3. attitude récente (s'améliore, se détériore)
4. considéré comme préoccupé par les armes, les arts martiaux ou les médias préconisant la violence (oui/non)
5. propension au crime relevée (oui/non)
6. manque d'introspection relevé (oui/non)
7. empathie ou remords exprimé (oui/non)
8. personnalité antisociale (oui/non)
9. autre opinion professionnelle (positive, négative)

Échelles actuarielles

L'Échelle d'ISR (Nuffield, 1982) est une échelle actuarielle de 15 éléments fondée sur des facteurs de risque passifs qui est utilisée pour évaluer le risque de récidive. Les scores totaux varient de –27 à +30, les scores les plus faibles traduisant un risque plus élevé de récidive. L'Échelle de psychopathie révisée (PCL-R; Hare, 1991) mesure le degré auquel une personne affiche les caractéristiques types d'un psychopathe décrites par Cleckley (1941). La PCL-R est une échelle de 20 éléments consistant en deux facteurs, l'un représentant un mode de vie antisocial et irresponsable et l'autre, un mode affectif et interpersonnel. Normalement, la PCL-R est établie après un examen du dossier et une entrevue semi-structurée. Cependant, après la formation sur la PCL-R, les cliniciens portent un jugement clinique sur le degré auquel ils croient que ces personnes présentent

les caractéristiques psychopathiques (estimation de la PCL) au lieu d'utiliser la version entièrement validée de la PCL-R. Chaque délinquant a été évalué par les psychiatres sur une échelle de 7 points allant de 0 (aucune psychopathie relevée) à 6 (psychopathie définie relevée).

Données sur les résultats

La récidive dans cette étude a été évaluée de trois façons :

1. «récidive générale» : violente ou non violente;
2. «première récidive violente» : premier nouveau crime de violence;
3. «autre récidive violente» : condamnation à la suite d'un crime de violence pendant la période de suivi.

Pour cette étude, la violence a été définie comme toute condamnation ayant fait suite à des préjudices, ou à la possibilité de préjudices, causés à une autre personne, y compris un vol qualifié. Pour déterminer si cet échantillon de délinquants violents a commis un acte de violence à un moment donné pendant la période de suivi (et non le premier crime de violence), toute condamnation à la suite d'un crime de violence a été codée comme «autre récidive violente». Même si cette variable ne tient pas compte de la période d'incarcération attribuable à d'autres condamnations, elle indique approximativement si le délinquant a commis un nouveau crime de violence. La principale source de données sur les résultats était le Service des empreintes digitales de la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Le Système de gestion des détenus (SGD) du Service correctionnel du Canada a été consulté pour obtenir des précisions sur le genre de mise en liberté.

Procédure

L'Institut psychiatrique Clarke a fourni le numéro de série des empreintes digitales. Ces numéros ont été appariés aux bases de données de la GRC et du SGD pour permettre d'obtenir des renseignements sur les décisions en matière de mise en liberté et les nouvelles condamnations. Toute infraction pour laquelle le délinquant a été incarcéré de nouveau (y compris les manquements aux conditions de la libération) a été codée comme un échec et la période (en mois) de la mise en liberté à la perpétration de l'infraction a été établie. Cette infraction a ensuite été classée comme violente ou non violente.

RESULTATS

Récidive selon le genre de résultat

Sur les 260 délinquants ayant fait l'objet de la présente étude, il y en avait 27 dont le numéro SED n'a pas pu être obtenu, 94 ont bénéficié d'une forme ou d'une autre de libération conditionnelle, 110 ont été mis en liberté à la date de mise en liberté d'office, 1 a été maintenu en incarcération jusqu'à la date d'expiration du mandat et 28 étaient toujours détenus au moment du suivi. Sur les 205 délinquants qui risquaient de récidiver, 55,1 % (n = 113) ont récidivé et 44,9 % n'ont pas récidivé (n = 92). Dans l'ensemble, 32,7 % de ceux qui ont récidivé (n = 37) ont d'abord commis un crime de violence, notamment des voies de fait (51,4 %), la possession d'armes (18,9 %), un vol qualifié (13,5 %) et des menaces (8,1 %). L'incidence de la violence double (66,4 %) lorsque la récidive est mesurée comme étant une «autre récidive violente», dont la plupart des cas étaient des voies de fait (53,3 %), des vols qualifiés (18,7 %) ou la possession d'armes (10,7 %).

Récidive selon le genre de mise en liberté

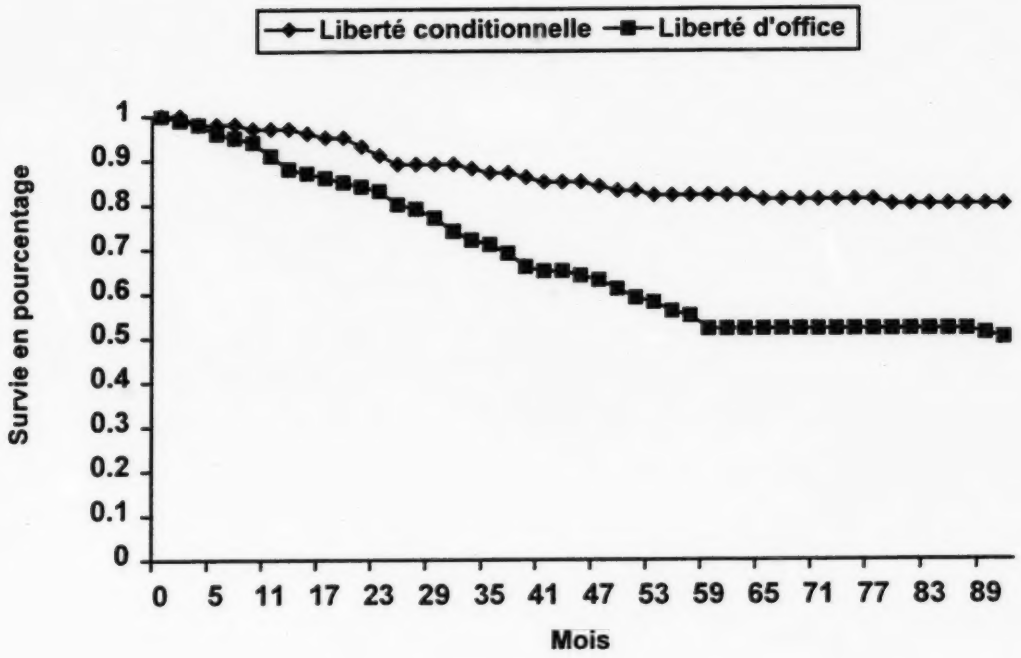
Selon le tableau 1, les délinquants en liberté conditionnelle ont récidivé beaucoup moins que les délinquants en liberté d'office (χ^2 = 17,00, p < 0,001). Même si les délinquants en liberté d'office n'ont pas commis plus de crimes de violence dans le cadre de leur première récidive (χ^2 = 0,15, *ns*), ils ont perpétré beaucoup plus d'autres crimes de violence pendant leur période de mise en liberté χ^2 = 5,34, p < 0,05).

Tableau 1 Genre de récidive selon le genre de mise en liberté

	Récidive	
	Oui	Non
Récidive générale	112	92
Liberté conditionnelle	37 (18,14%)	57 (27,94%)
Liberté d'office	75 (36,76%)	35 (17,16%)
Première récidive violente	36	76
Liberté conditionnelle	11 (9,82%)	26 (23,21%)
Liberté d'office	25 (22,32%)	50 (44,64%)
Autre récidive violente	74	38
Liberté conditionnelle	19 (19,96%)	18 (16,07%)
Liberté d'office	55 (49,11%)	20 (17,86%)

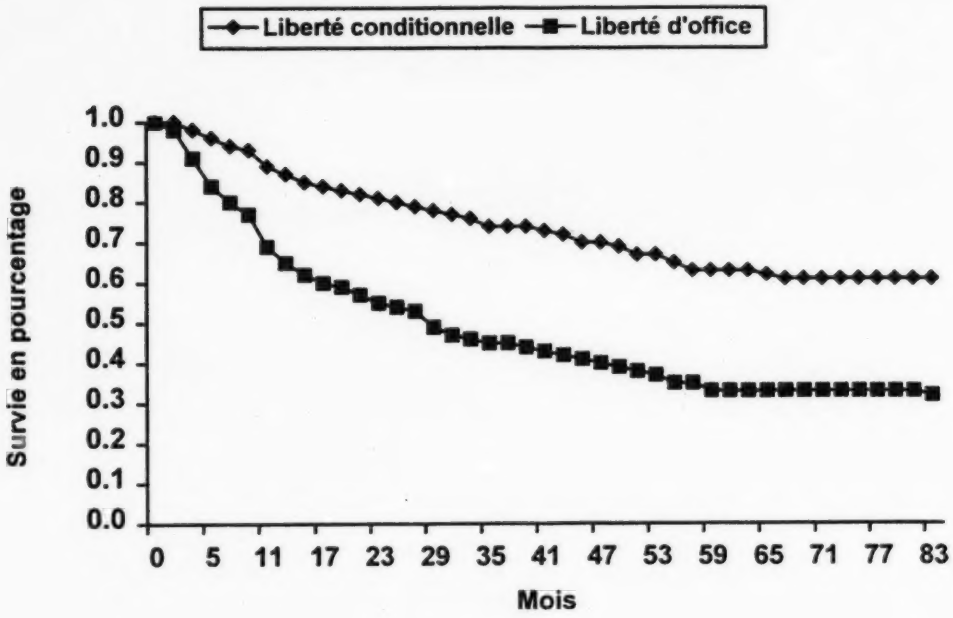
Pour déterminer si le taux de récidive des délinquants en liberté d'office différait de celui des délinquants en liberté conditionnelle, on a procédé à une analyse de survie. Cette technique statistique a servi à déterminer la période moyenne passée dans la collectivité avant la récidive, compte tenu de certaines variables explicatives et de la période de référence inégale. La méthode Kaplan-Meier a servi à obtenir les courbes de survie, et le test Mantel-Haenzel a servi à vérifier l'écart entre les courbes. Dans cette analyse, trois courbes de survie ont été tracées.

Graphique 1 **Période écoulée avant la «récidive générale» selon le genre de mise en liberté**



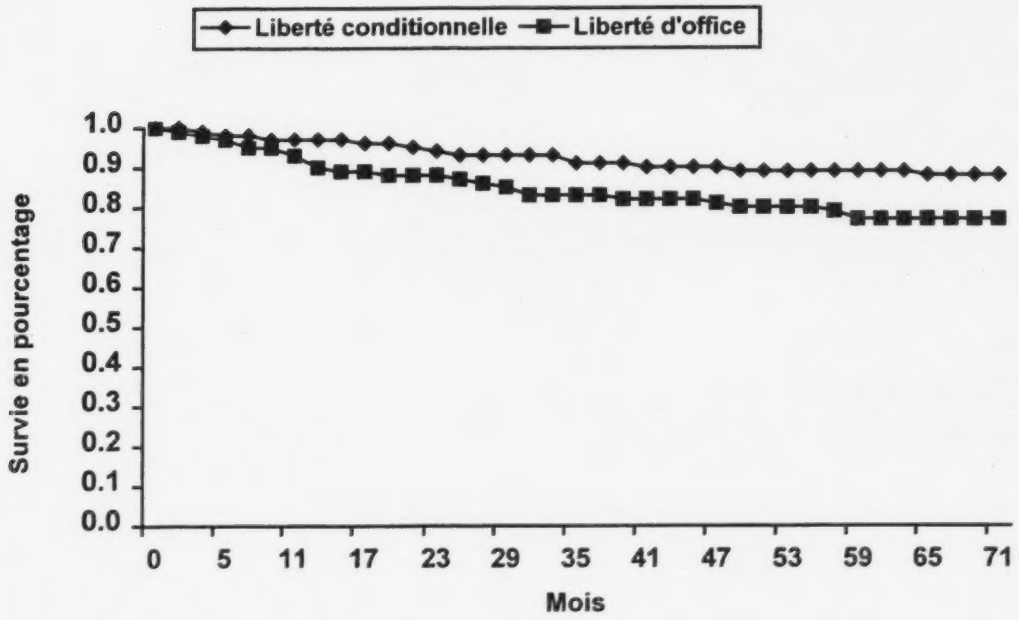
Selon le Graphique 1, les délinquants en liberté d'office ont obtenu moins de succès que les délinquants en liberté conditionnelle dans le cas de la «récidive générale» ($\chi^2 = 20{,}07$, $p < 0{,}0001$). La période de survie moyenne en mois était de 51 ($SE = 2$) pour les délinquants en liberté conditionnelle et de 40 ($SE = 3$) pour les délinquants en liberté d'office.

Graphique 2 Période écoulée avant la «première récidive violente» selon le genre de mise en liberté



Même si les groupes ne différaient pas en fonction du nombre de délinquants dont la première récidive était violente («première récidive violente»), ils différaient selon la période écoulée avant la récidive. Les délinquants en liberté d'office ont commis un crime de violence plus rapidement que les délinquants en liberté conditionnelle ($\chi^2 = 4{,}23$, $p < 0{,}05$; voir le Graphique 2). La période de survie moyenne pour les délinquants en liberté conditionnelle était de 61 (*SE* = 2) et pour les délinquants en liberté d'office, elle était de 51 (*SE* = 2).

Graphique 3 Période écoulée avant une «autre récidive violente» selon le genre de mise en liberté



Il y avait une tendance semblable lorsque le comportement violent à un moment donné après la mise en liberté servait à mesurer le résultat («autre récidive violente»). Les délinquants en liberté d'office ont récidivé plus rapidement que les délinquants en liberté conditionnelle ($\chi^2 = 18{,}80$, $p < 0{,}0001$; voir la figure 3), la période de survie moyenne pour les délinquants en liberté conditionnelle ($M = 69$; $SE = 2$) était plus longue que celle des délinquants en liberté d'office ($M = 62$; $SE = 3$).

Évaluation clinique du risque

On a établi une corrélation indépendante entre les éléments cliniques qui figurent au Tableau 2 et les mesures des résultats. Alors que très peu étaient en corrélation avec la récidive générale, aucun n'était en corrélation avec la récidive violente («première» et «autre»). On a calculé le score clinique combiné en additionnant des éléments cliniques.

Le score clinique combiné moyen était de 3,88 (ET = 1,21). Même si ce score était en corrélation avec la «récidive générale» (r = 0,24), il était sans corrélation avec la «première récidive violente» (r = -0,06) ou une «autre récidive violente» (r = 0,13).

Pour renforcer la relation clinique avec les mesures des résultats, un score clinique combiné révisé a été établi au moyen des seuls éléments qui étaient fortement en corrélation avec la mesure du résultat (trouble de la personnalité antisociale, attitude récente et autre opinion professionnelle). Le score moyen pour cette mesure révisée était de 1,89, et l'écart type était de 0,83. Même si cette révision a renforcé la relation avec la récidive générale (r = 0,29), elle n'a eu aucun effet sur la relation avec la récidive violente.

Tableau 2 Matrice de corrélation des éléments cliniques et actuariels avec la récidive

	Récidive générale	Première récidive violente	Autre récidive violente
Éléments cliniques			
Psychopathologie générale	0,02	-0,01	0,17
Attitude générale	0,06	-0,06	0,01
Attitude récente	0,18*	0,00	0,01
Préoccupation	-0,05	-0,03	0,03
Pensées criminelles	0,11	-0,11	-0,11
Aucune introspection	-0,06	-0,10	0,11
Remords	0,10	-0,05	0,05
TPAS	0,24**	0,06	0,05
Autre opinion professionnelle	0,14*	0,01	0,08
Score clinique combiné	0 ,24**	-0,06	0,13
Combiné – révisé	0,29**	0,05	0,09
Énoncé du risque	0,07	0,00	0,08
Actuariels			
Échelle d'ISR	-0,36**	0,08	-0,11
Estimation de la PCL	0,14*	-0,01	0,16

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

On a établi une corrélation entre la cote globale des cliniciens concernant le risque et les mesures des résultats pour déterminer si leurs impressions étaient exactes. Le score moyen de l'énoncé du risque était de 2,41 (*ET* = 1,96) et était sans corrélation avec l'une ou l'autre des mesures des résultats. D'après cette évaluation globale du risque, les cliniciens n'ont pas prédit le résultat avec précision.

Évaluation actuarielle du risque

Le score moyen de l'échelle d'ISR pour cet échantillon était de 0,13 (*ET* = 9,22; fourchette des scores allant de -22 à 25). L'Échelle d'ISR était en forte corrélation avec la «récidive générale» (*r* = -0,36; voir le Tableau 2); cependant, elle était sans corrélation avec les deux mesures de la récidive violente.

Il convient de noter que la méthode libérale de mesure de la récidive violente («autre récidive violente») a modifié la corrélation avec l'Échelle d'ISR dans le sens prévu (de 0,08 à –0,11).

L'estimation moyenne de la PCL était de 3,11, et l'écart type de 1,00 (fourchette des scores de 0 à 6).[1] L'estimation de la PCL (-) était en forte corrélation avec la récidive générale (*r* = 0,14), mais sans corrélation avec les deux mesures de la récidive violente. Par conséquent, les évaluations actuarielles, semblables au score clinique combiné, étaient en corrélation avec la récidive générale, mais non avec la récidive violente.

Intercorrélations

Pour déterminer si les évaluations actuarielles et les évaluations cliniques étaient indépendantes, on a établi une intercorrélation avec les échelles. Selon le Tableau 3, sauf la relation entre le score combiné révisé et l'estimation de la PCL et l'énoncé du risque, toutes les mesures du risque étaient en forte intercorrélation. Cela donne à penser que les mesures sont assez uniformes, mais qu'il ne s'agit pas d'éléments d'information indépendants. Cela était en fait prévu, car des éléments précis (p. ex. l'absence de remords ou d'introspection) pourraient contribuer à plus d'une des mesures.

L'intercorrélation réduite avec l'utilisation du score combiné révisé donne à penser qu'elle pourrait être mieux en mesure de prédire le résultat lorsqu'elle est combinée à d'autres mesures du risque.

Tableau 3 Intercorrélations entre les échelles actuarielle et clinique

	Échelle d'ISR	Estimation de la PCL	Énoncé du risque	Combiné
Échelle d'ISR	1,00			
Estimation de la PCL	-,37**	1,00		
Énoncé du risque	-,30**	,15*	1,00	
Score combiné	-,43**	,29**	,33**	1,00
Score combiné révisé	-,26**	,13	,13	,62**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,0001$

Prédiction de la récidive

Les mesures du risque qui étaient indépendantes jusqu'à un certain point ont été intégrées à une régression logistique pour déterminer leur capacité indépendante et additive de prédire la «récidive générale». Cette procédure n'a pas été utilisée pour prédire la récidive violente, car les prédicteurs étaient sans corrélation avec ces mesures des résultats. Par conséquent, les variables suivantes ont été prises en compte : énoncé du risque, score clinique combiné révisé, Échelle d'ISR et estimation de la PCL.

Pour évaluer la capacité des prédicteurs cliniques proprement dits (énoncé du risque et score combiné révisé) de prédire la récidive générale, on a procédé à une analyse de régression logistique. Le score clinique combiné révisé était la seule variable permettant de prédire la récidive générale ($\chi^2 = 19,39$, $p < 0,0001$), le ratio d'incidence approché étant de 2,27. La capacité du modèle qui ne comprenait que le score clinique combiné révisé de prédire avec exactitude la récidive était de 53,2 %.

[1] Les cliniciens ont considéré deux des 260 délinquants comme ayant des caractéristiques psychopathiques importantes.

Pour évaluer la capacité des instruments actuariels proprement dits (Échelle d'ISR et estimation de la PCL) de prédire la récidive générale, on a procédé à une analyse de régression logistique. L'Échelle d'ISR était la seule variable permettant de prédire la récidive générale ($\chi^2 = 26,38$, $p < 0,0001$), le ratio d'incidence approché étant de 0,92. La capacité du modèle qui ne comprenait que le score de l'Échelle d'ISR de prédire la récidive était de 68,3 %, soit un pourcentage plus élevé que le score clinique combiné révisé.

Pour déterminer la nature additive des mesures cliniques et actuarielles du risque, on a intégré celles-ci simultanément dans une analyse de régression logistique. Les résultats montrent que l'Échelle d'ISR et le score clinique combiné révisé étaient des prédicteurs importants de la récidive générale. L'Échelle d'ISR a été intégrée la première ($\chi^2 = 25,67$, $p < 0,0001$), le ratio d'incidence approché étant de 0,93, suivie de l'addition du score clinique combiné révisé ($\chi^2 = 11,67$, $p < 0,001$), le rapport d'incidence approché étant de 1,95. L'exactitude de la prédiction de la récidive au moyen du modèle comprenant ces deux variables était de 74,2 %. Par conséquent, la combinaison d'un instrument actuariel et d'une estimation approximative des impressions cliniques était plus précise pour la prédiction de la récidive que l'un ou l'autre de ces deux moyens seuls.

ANALYSE

À l'instar d'autres ouvrages sur la récidive et le genre de mise en liberté (Grant, 1996; Motiuk, Belcourt & Bonta, 1995; Larocque, 1998), les résultats de la présente étude donnent à penser que les délinquants en liberté conditionnelle récidivent moins souvent (qu'il s'agisse de récidive générale ou violente) que les délinquants en liberté d'office. Ces résultats confirment la pratique consistant à maintenir en incarcération les individus à risque élevé jusqu'à leur libération d'office et à accorder la libération conditionnelle aux délinquants à risque moins élevé. Ce genre d'analyse ne permet pas de déterminer si ces résultats sont inhérents au genre de mise en liberté dont bénéficie le délinquant ou au délinquant lui-même. Cependant, c'est probablement l'interaction entre le genre de mise en liberté et une autre caractéristique de la personnalité ou du mode de vie du délinquant qui détermine le genre de mise en liberté qu'il obtient et la probabilité de ne pas récidiver.

Un peu plus de la moitié de cet échantillon de délinquants violents et à risque élevé a récidivé pendant la période de suivi de sept ans. La première récidive du tiers de l'échantillon était des crimes de violence, tandis que les deux tiers des délinquants de l'échantillon ont commis un autre crime de violence à un moment donné pendant la période de suivi. De toute évidence, cet échantillon d'hommes présente un risque extrêmement élevé non seulement de récidiver, mais aussi de commettre un crime de violence à l'avenir.

Comme on reproche souvent aux cliniciens leur incapacité de prédire avec précision la récidive, la présente étude visait à comparer deux méthodes que peut utiliser le clinicien pour déterminer le risque. La première consistait à recourir à une évaluation globale du risque que les cliniciens ont évalué sur une échelle de 0 à 5. Cette méthode a été comparée à la deuxième méthode, qui consistait à établir un score clinique combiné à partir de plusieurs éléments cliniques codés provenant des dossiers cliniques des psychiatres. Les résultats ont montré que pour la prédiction de la récidive générale, le score combiné révisé était plus efficace que l'énoncé général du risque. Cependant, le faible niveau de concordance donne à penser que cette méthode ne permet pas de prédire avec précision la récidive générale.

En ce qui concerne la prédiction de la «récidive générale», l'Échelle d'ISR a obtenu de meilleurs résultats que l'estimation de la PCL. Ce résultat inhabituel fait ressortir un problème fondamental quant au mode d'évaluation de la psychopathie, et il est corroboré par deux résultats contre-intuitifs. Le premier était la faible corrélation entre l'estimation de la PCL et tant la récidive générale que la récidive violente. Des recherches poussées (voir Hare, 1998, pour un examen) ont montré de façon constante qu'il y a une forte corrélation entre la PCL-R et la récidive générale et violente. Deuxièmement, étant donné le taux de violence de base élevé dans cet échantillon, un taux de psychopathie de base tout aussi élevé devrait être relevé. Toutefois, les cliniciens ont estimé que seulement deux délinquants présentaient des caractéristiques psychopathiques très marquées alors que selon les taux de base (20-30 %) (Hare, 1998), au moins 52 à 78 délinquants répondaient à ce critère. Les psychiatres ont fortement sous-estimé la prévalence de la psychopathie en utilisant un raccourci, d'où la précision moindre de la prédiction. Par conséquent, les résultats montrent qu'il ne faut pas utiliser les impressions cliniques concernant la psychopathie pour remplacer l'évaluation entièrement validée et uniformisée de la PCL-R.

Selon les résultats de l'analyse de prédiction, s'il fallait utiliser seulement l'évaluation clinique ou uniquement l'évaluation actuarielle, l'Échelle d'ISR serait en fait le meilleur choix en raison de sa précision supérieure. Toutefois, les résultats montrent également que les jugements cliniques peuvent améliorer la prédiction de la récidive générale d'une façon significative lorsqu'ils sont combinés à l'Échelle d'ISR. Deux résultats le corroborent : 1) le score clinique combiné révisé a été intégré à l'analyse de régression logistique après l'Échelle d'ISR; 2) la précision de la prédiction s'est accrue de 6 % par rapport à l'Échelle d'ISR seule, et les taux de discordance ont diminué de 3 %.

Compte tenu du fait que l'objet premier des évaluations cliniques n'est pas la prédiction exacte de la dangerosité (Monohan, 1996), la présente étude a cherché à déterminer dans quelle mesure les évaluations cliniques peuvent compléter les instruments actuariels pour la prédiction du risque. Même si les évaluations actuarielles du risque continuent de donner de meilleurs résultats que les évaluations cliniques seules, la présente étude fait ressortir l'importance de combiner les deux méthodes pour augmenter la précision. Les travaux de recherche futurs devraient porter sur l'incidence des jugements cliniques sur la prédiction de la violence lorsqu'ils sont comparés à des instruments actuariels entièrement validés.

BIBLIOGRAPHIE

Bonta, J. & Hanson, R. K. *«Violent recidivism of men released from prison»*, document présenté lors de la convention de l'American Psychological Association. New York, NY, août 1995.

Bonta, J., Harman, W. G., Hann, R. G. & Cormier, R. B. «*The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale*», *Canadian Journal of Criminology*, vol. 38, 1996, 61-79.

Ceckley, H. «*The Mask of Sanity*», Saint Louis, MI, The C.V. Mosby Company, 1941.

Grant, B. A. «*Les délinquants dont le cas est renvoyé en vue d'un examen de maintien en incarcération (1989-1990) à (1993-1994) : Analyse comparative*», rapport de recherche n° R-45, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1996.

Hare, R. D. *Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto, ON, Multi-Health Systems, 1991.

Hare, R. D. (1998). «Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice system» dans *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior*, T. M. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith et R. Davis (Eds.), New York, NY, Guilford, 1998, p. 188-212.

Harris, G. T., Rice, M. E. et Cormier, C. A. «Psychopathy and violent recidivism», *Law and Human Behavior*, vol. 15, 1991, 625-637.

Larocque, B. «Tendances au niveau fédéral et résultats de la mise en liberté sous condition», *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 10, n° 2, *1998*, 18-22.

Menzies, R. J., Webster, C. D. et Sepejak, D. S. «The dimensions of dangerousness: Evaluating the accuracy of psychometric predictors of violence among forensic patients», *Law and Human Behavior*, vol. 9, 1985, 35-56.

Menzies, R. J., Webster, C. D., McMain, S., Staley, S. et Scaglione, R. «The dimensions of dangerousness, revisited: Assessing forensic prediction about violence», *Law and Human Behavior*, vol. 18, 1994, 1-28.

Monohan, J. «Violence prediction: The past twenty and the next twenty years», *Criminal Justice and Behavior*, vol. 23, 1996, 107-120.

Motiuk, L. L., Belcourt, R. L. et Bonta, J. *La gestion des délinquants à risque élevé : suivi après le maintien en incarcération.* Rapport de recherche n° R-39, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1995.

Nuffield, J. *La libération conditionnelle au Canada : recherches en vue d'une normalisation des décisions.* Ottawa, ON, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1982.

Pollock, N., McBain, I. et Webster, C. D. «Clinical decision making and the assessment of dangerousness» dans *Clinical approaches to violence*, K. Howells et C. R. Hollin (Eds.),. Chichester, UK, Wiley, 1989.

Rice, M. E. et Harris, G. E. «A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and nonschizophrenic offenders», *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 15, 1992, 397-412.

Serin, R. C. «Aptitude des criminels psychopathes à répondre au traitement», *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle,* vol. 7, n° 3, 1995, 23-26.

Serin, R. C. (1996). Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law and Human Behavior, 20,* 207-217.

Sepejak, D. S., Menzies, R. J., Webster, C. D. et Jensen, F. A. S. «Clinical predictions of dangerousness: Two-year follow-up of 408 pretrial forensic cases», *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 11, 1983, 171-181.

Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. & Quinsey, V. L. *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men.* Toronto, ON, Center of Criminology, 1994.